**令和７年度島根県臨床研修指導医講習会　　申込書（個票）**

開催日：①オンデマンド学習①　 10月24日（金）～11月4日（火）

②プレ講習会（WEB) 　　　　　　11月7日（金）　13：30～18：00

③オンデマンド学習②　　　　　 11月8日（土）～ 17日（月）

④講習会（対面） 　　　　　　　11月22日（土） 8：30～18：00

※表面及び裏面の必要事項をご記入ください。

＜受講者情報＞

|  |  |
| --- | --- |
| 勤務先 |  |
| 氏名 |  |
| 職名 |  |
| 専門診療科 |  |
| 卒業年（西暦） |  |
| 個人メールアドレス（Zoom招待用） |  |
| 携帯電話番号（緊急連絡先） |  |

＜事前アンケート＞

|  |  |
| --- | --- |
| web会議に参加された経験はありますか？ | □　ない　　　　　　□　1～３回程度  □　４回以上　　　　□　ホスト経験あり |
| 受講環境の確保などで心配な点や、講習会全般についての質問などがあればご記入ください。 |  |
| 講習会で使用するZoom等の操作テストを希望される場合は、日時を選択してください。  （後日変更することも可能です。） | □　希望しない  □　10月14日（火）12:00～13:00  □　10月14日（火）17:30～18:30  □　10月15日（水）12:00～13:00  □　10月15日（水）17:30～18:30  □　上記以外の日程を希望（事務局から個別に連絡します。） |

＜同意書＞

一般社団法人しまね地域医療支援センター

　　　理事長　椎名　浩昭　　殿

私は，一般社団法人しまね地域医療支援センター主催の令和７年度島根県臨床研修指導医講習会に参加するに当たり、以下に定める事項に同意いたします。

　（１）主催者は、参加者の氏名、電話番号等の個人情報及び講習会中の写真、動画等を厚生労働省、参加者及び関係者への報告のため利用させていただきます。参加者の承諾なく、他の目的には利用いたしません。

（２）情報セキュリティ順守のため、以下の行為は行わないでください。

・第三者に講習会のURL、パスワード等を漏洩すること。

・講習会参加中の音声や映像を第三者に開示したり、無断で録音、録画すること。

（３）開始時刻、発表時間等の講習会進行については、運営側の案内を守ってください。従わない場合、運営側より中止を指示されたり、強制終了される場合があります。

（４）円滑なオンライン講習のため、下記の受講環境を各自でご用意ください。

**〇インターネット環境【オンデマンド学習及びプレ講習会】**

　・安定した通信を要するため、ブロードバンド回線をご利用ください。

▷接続は有線接続を推奨します。

▷ポケットWi-Fi、スマートフォンでのテザリングなどでは通信が制限されたり、不安定になる場合があるためお勧めしません。

**〇必要機器**

・パソコン（Windows又はMac）　　・Webカメラ（パソコン内蔵可）

・スピーカー、マイク（パソコン内蔵可）

▷ハウリング回避のため、一体型のヘッドセットを推奨します。

▷講習会ではZoomとGoogleのオンラインアプリケーションを同時に使用する場面があるため、複数のモニターの使用を推奨します。

・オンデマンド学習の期間中の課題作成のため、PowerPointファイル（.pptx）の編集ができる環境をご用意ください。

**〇プレ講習会での注意事項**

・個室を用意できない場合は、モニターの画面や流れている音声が、不特定の第三者に開示されない場所からご参加ください。また、頻繁に他の人が映り込んだり、人の話し声、音楽、車輌の通行音などが入る場所も避けてください。

・講習会はフル参加が修了要件となっています。職場やご自宅からご参加の場合も、休憩時間を除いて離席や電話対応（講習会事務局との電話を除く）はお控えください。御勤務先にはこの旨を了解いただくようお願いいたします。

・通信や機器の不調で十分に講習を受けられなかった場合は、修了証の交付ができませんのでお気を付けください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 同意日 | 令和　　年　　月　　日 | 氏　　名  （自　　署） |  |